

Semana 3

Lunes 30 de noviembre

Dr. Lindsay

Apendicectomía con endoloop

Buscamos la fosa iliaca derecha o el ciego y su unión con la válvula, se sostiene el mesoapéndice y con un ligasure o armónico se va disecando el apéndice. Se Coloca la primera sutura en la base del apéndice, se ajusta y se corta el sobrante. Luego se coloca una más distal y se corta entre las dos. Se hace hemostasia del margen.

Tumor carcinoide

El lugar más frecuente en el tubo digestivo es el apéndice. Si no hay sintomatología, síndrome carcinoide, uno hace el diagnóstico con la histopatología, después de sacar el tumor. Masa pétreas, si incluye la base del apéndice, se hace una hemicolecctomía derecha.

Dra. Arroyo

Abdomen agudo, repasamos lo dado en teoría.

Webinar – Abordaje percutáneo de la enfermedad coronaria

Hablamos de la angioplastia coronaria transluminal percutánea que puede acompañarse de una colocación de una prótesis endovascular o no. Las indicaciones más comunes son: angina de pecho estable, inestable, isquemia miocárdica, infarto agudo de miocardio. El tratamiento óptimo del infarto de miocardio transmural con elevación del segmento ST es la angioplastia coronaria transluminal percutánea dentro de los 90 minutos de inicio de dolor. Pero también se puede usar para tratar la enfermedad arterial periférica.

Usualmente se comienza con una punción femoral, radial o braquial percutánea. El abordaje radial, últimamente, se está usando con mayor frecuencia debido a que se reduce la incidencia de complicaciones como sangrado o formación de seudoaneurisma. Se introduce un catéter guía en una arteria periférica grande y avanzarlo hasta el origen de la arteria coronaria que se desea tratar. Luego se avanza un catéter con un balón en la punta bajo guía fluoroscópica o ecografía intravascular y ubicarlo dentro de la estenosis, luego se infla el balón para destruir la placa aterosclerótica y dilatar la arteria.

Dr Matos

Adenocarcinoma bien diferenciado en ángulo esplénico. Se le ordena cirugía, pero antes un programa de prehabilitación: Ejercicio físico, nutrición pre y post operatoria, psicología, dejar de fumar. Con la prehabilitación se pretende mejorar la capacidad funcional, para que al momento de la cirugía no se cruce la línea roja de la dependencia. Mayor éxito posoperatorio. La recuperación es más rápida.

Homeostenosis: es un problema que acompaña a la edad donde se reduce la reserva fisiológica, la resistencia al estrés.

La prehabilitación se hace 4 semanas antes de la cirugía, el ayuno a sólidos debe ser de 6 h, y el ayuno de líquidos de 2 horas.

Martes 1 de diciembre

Colecistitis aguda, colangitis – Dr. Carlos Espino

Es una inflamación de la vesícula biliar, la mayoría de las veces debido a la obstrucción del conducto cístico que puede ser por un cálculo. Entre los síntomas, el paciente puede presentar dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen e hipersensibilidad a la palpación en esa área, que podría estar asociado a fiebre, escalofríos, náuseas y vómitos. El tratamiento suele ser antibióticos y colecistectomía.

El 95% de los pacientes con colecistitis aguda tiene colelitiasis, la obstrucción persistente es la que provoca la inflamación aguda. Así mismo, la estasis biliar promueve la liberación de enzimas inflamatorias como fosfolipasa A. Hay un desequilibrio entre el líquido que secreta la mucosa lesionada y la capacidad de absorción resultando en una distensión, lo que promueve la liberación de mediadores de inflamación y que empeoran la lesión provocando isquemia, todo esto perpetúa la inflamación.

Webinar - Intervención quirúrgica de la hernia inguinal: nuevas perspectivas

Lo que se busca es reintroducir el tejido, fortalecer la pared abdominal por medio de suturas y a veces se puede colocar una malla. Se puede realizar de forma abierta o laparoscópica.

En la cirugía laparoscópica se hacen tres a cinco incisiones pequeñas en la parte inferior del abdomen. En una de las incisiones se introduce el laparoscopio, se bombea gas dentro del abdomen para ampliar el espacio y poder trabajar mejor. Las otras incisiones se utilizan para introducir otras herramientas para realizar la cirugía.

Se separan los tejidos alrededor de la hernia, se extirpa el saco de la hernia o se reintroduce suavemente dentro del abdomen. Luego se cierran los músculos abdominales con puntos de sutura. Y se cierran las incisiones.

Es una de las operaciones más comunes en cirugía general.

Miércoles 2 de diciembre

Dr. Fábrega

A screenshot of a Microsoft PowerPoint slide titled 'Diapositiva 5 de 14'. The slide contains a list of medical conditions under section 5:

- A.-Síndrome de arteria mesentérica superior
- B.-Páncreas anular
- C.-Estenosis pilórica
- D.-Telaraña duodenal

Below this list, there is a numbered list:

- 1.-Disminución de ángulo aortomesentérico
- 2.-Síndrome de "aceituna" palpable en el cuadrante superior derecho
- 3.-deformidad de manga de viento

Síndrome de arteria mesentérica superior va con disminución del ángulo aortomesentérico. Lo que está en ese ángulo es el duodeno transverso. Se presentan con náuseas, vómitos y signos de una obstrucción alta de intestino. Son pacientes muy delgados que han perdido grasa.

A screenshot of a Microsoft PowerPoint slide titled 'Diapositiva 7 de 14'. The slide contains a case presentation:

5.- Mujer de 65 años de edad presenta con hictericia sin dolor en cat scan se encuentra maza de la cabeza del páncreas consistente con cáncer de páncreas, evaluación metástasica en negativa y su CA 19-9 es de 100 U/ml.

Después de resolverse la hictericia por medio de stent viliar en el Cat Scan se nota anatomía artetial de arteria hepática derecha remplazada y con tumor invadiendo la arteria menos de 180°, este tipo de tumor se categoriza como

- A.-Resecable
- B.-borderline resectable
- C.-Localmente avanzado

La respuesta correcta es borderline resectable. Antes se consideraban irresecables. Lo que buscamos es si hay invasión vascular, esa invasión vascular puede ser a la vena mesentérica superior o a la arteria mesentérica superior o a ambas cosas. Si invade a la arteria en una paciente de 80 años con un tumor de cabeza de páncreas que va a necesitar una whipple, no solo una whipple si no una whipple con resección de arteria mesentérica hay que pensarlo con mucho cuidado. Porque la morbilidad no está indicada a menos que esa paciente esté en excelente estado físico. Hoy en días tenemos neoadyuvancia, en pacientes que soy borderline los ponemos en quimio y muchas veces quimio y radio preoperatorio. Hoy el día más usado es folfóriox no solo se usa folfox en este caso se usa 5 - fluorouracilo, leucovorin, oxaliplatin e irinotecan. Es un grupo de agentes quimioterapéuticos muy agresivos por eso tiene que ser una persona fuerte que se pueda poner en esta neoadyuvancia.

Vesícula con paredes gruesas y líquido libre perivesicular y con impresión clínica de colecistitis aguda avanzada, además de iniciar antibióticos cual sería el manejo apropiado para este paciente. Hace muchos años lo que se intentaba era tratar de enfriarlos y ver si se operaba en 6 semanas, la gran mayoría había que operarlos de una vez. Hoy en día el tratamiento de estos pacientes no es tan difícil. Hay que hospitalizarlos, darle tratamiento que cubra anaerobios y aerobios meropenem. A este paciente se le debe hacer una colecistectomía laparoscópica inmediata.

11.- Paciente varón de 47 años nota masa firme de 3cm en la glándula parótida derecha. Cat Scan indica que el tumor está localizado en lóbulo superficial de la parótida, biopsia con aguja fina, muestra que es compatible con un Adenoma Pleomórfico. Tratamiento debe consistir en

A.-Enucleación del Tumor
B.-Parotidectomía superficial
C.-Parodimectomía total
D.-Parotidectomía total mas resección selectiva de cuello
E.-Parotidectomía total y radio terapia posoperatoria

La respuesta es parotidectomía superficial. Hay que saber hacerla encontrar el tronco del facial, disecar todas las ramas y todo lo que está arriba del nervio facial es lo superficial, es un adenoma pleomorfo y no hay más nada que hacer. Bajo grado es benigno, mucoepidermoide de bajo grado y tumor de células acinicas se pueden tratar con parotidectomía superficial.

Lesión folicular de tiroides, el Dr hace tiroidectomía total. Se hace primero lobectomía total derecha según otras escuelas, se puede hacer la biopsia a ese lóbulo y ver el resultado de la biopsia para saber si es necesario quitar el lóbulo contralateral. Solamente en 3-6% de los casos se presenta en su vida posterior clínicamente tumor en el lóbulo del otro lado. Y vaciamiento de los ganglios que están en el surco traqueoesofágico.

Dr. Durán – Ultrasonido



Este tiene 6-12 MHz sirve para tejidos blandos. El convexo es de 2-6 MHz se utiliza para tejidos más profundos. Esófago se ve de lado izquierdo a la tráquea.

Observamos un quiste en la tiroides, con algunos bordes irregulares, pero tenía un artefacto en cometa, cuando hay cometa siempre sugiere benignidad. El ultrasonido es práctica! Aprender a usar el programa, conocer la anatomía, y los principios básicos de la ecogenicidad.

Obstrucción – Dr. Arcia



Podemos observar la proyección en decúbito supino y de pie. Que forman la serie de abdomen aguda faltaría la de torax PA.



Cuando se hizo la resonancia magnética porque no se le podía hacer CAT contrastado por su alergia al yodo. Se observó una hernia. Se le dio manejo quirúrgico.

Jueves 3 de diciembre

Webinar de mi grupo – Complicaciones en Anestesia

Webinar – Manejo y complicaciones de la pancreatitis aguda necrotizante: reporte de caso.

Rotación cirugía – Dr. Cukier

El doctor nos presentó una página de la Universidad de Toronto y de qué manera nos puede ayudar a tener una mejor idea de dónde realizar cortes, debido a que es un programa de realidad virtual. Tomo se le hace una tomografía al paciente y luego se crea una versión 3D guiándose de la tomografía esto nos dice exactamente donde están los vasos, linfáticos, nervios. TVA SURG

Casos con el Dr. Matos

Esteban de 77 años, padece de molestias abdominales, epigastralgias desde hace muchos meses asociado a dispepsia. 8 días le operaron por reemplazo de rodilla izquierda por gran desgaste articular. Los analgésicos y antiinflamatorios no le quitan el dolor y ha duplicado la dosis recomendada. Acude hoy al cuarto de urgencias por presentar. Melena desde hace 3-4 días, se siente muy débil. Qué otros datos de la historia le interesa conocer? Al examen físico evaluar el estado general, signos vitales.. En urgencias se le puede realizar lavado gástrico para observar si el sangrado es alto o bajo. Que manejo se le dará al paciente: hospitalización semiintensivos o UCI, nada por vía oral, O2 por mascarilla a 3L/min, endoscopia. A la endoscopia se encuentra una úlcera forrest IIA. Antes de la endoscopia que se le debería administrar al paciente plaquetas para revertir el efecto de aspirina, tiene la hemoglobina en 6. Se le debe hacer otra endoscopia, se le debe transfundir glóbulos rojos empacados. La última solución del paciente es hacerle una gastrectomía total o subtotal.

Indicaciones de cirugía: inestabilidad hemodinámica, imposibilidad de detener salgarro, recidiva de la hemorragia tras la estabilización.

Viernes 4 de diciembre

Webinar – Rotura esofágica

Webinar – Evolución del tratamiento de la apendicitis: ¿Entrará la apendicetomía en desuso?

La apendicitis es la inflamación aguda del apéndice vermiforme, el diagnóstico es clínico, a menudo se realizan TC o ecografías. La apendicitis es la causa más común de dolor abdominal agudo que requiere cirugía. La mayoría de las veces es producida por hiperplasia linfoide. Los fecalitos se ven más en adultos, neoplasias se ven más en pacientes mayores mayores de 50 años y los parásitos también son una causa, pero es muy rara. Fisiopatología: obstrucción, distensión, proliferación bacteriana...

Signos y síntomas: dolor abdominal migratorio, dolor difuso periumbilical por irritación del peritoneo visceral, luego se desplaza al cuadrante inferior derecho y esto es debido a irritación del peritoneo parietal.

Signos clásicos el punto de Mc Burney donde encontraremos un dolor a la palpación, signo de Blumberg. Rovsing dolor en cuadrante inferior derecho al palpar el izquierdo, signo del psoas y del obturador.

Diagnóstico con apoyo de la escala de Alvarado. Síntomas, exámenes físicos y exámenes de laboratorio.

Dolor en Mc Burney, hiporexia o anorexia, náuseas y vómitos.

Diagnósticos diferenciales más comunes: adenitis mesentérica, cólico renal, infección de vías urinarias.

